

Таблица 3

Изменение липидного обмена, содержания тропных гормонов гипофиза, тироксина и кислородного баланса тканей у больных коронарным атеросклерозом после лечения интраназальным электрофорезом с новокаином

Показатели	До лечения	После лечения	P
Холестерин, ммоль/л	6,9±0,3	5,7±0,2	<0,05
Бета-липопротеиды, г/л	7,4±0,4	6,3±0,3	<0,05
Триглицериды, ммоль/л	1,4±0,2	1,5±0,2	<0,05
АКТГ, нг/мл	104,1±9,3	70,3±7,8	<0,01
ТТГ, нг/мл	3,7±0,5	2,4±0,3	<0,05
СТГ, нг/мл	0,3±0,0	0,6±0,1	<0,01
Тироксин, ммоль/л	83,7±5,1	96,5±5,1	<0,05
Р _{О₂} в тканях, мА	1,1±0,7	1,3±0,2	<0,01
Объем тканевого кровотока, мл на 100 г	34,2±3,6	46,2±5,8	<0,01

жалось содержание АКТГ и ТТГ, повышался уровень СТГ и общего тироксина, то есть имелась выраженная тенденция к нормализации гормонального профиля, сочетавшаяся со снижением гиперхолестеринемии и гипер-β-липопротеинемии, увеличением напряжения кислорода в тканях и объема периферического тканевого кровотока (табл. 3).

Интраназальный электрофорез с ново-

каином, как и пункционная рефлексотерапия, лишен негативного влияния, присущего многим лекарствам, и не имеет противопоказаний.

Предлагаемые немедикаментозные методы коррекции гиперлипидемий характеризуются эффективностью, отсутствием побочного действия. Они экономичны, просты и могут широко использоваться в лечении и профилактике атеросклероза в стационарных и амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вогралик В. Г.* // Атеросклероз: вопросы патогенеза, диагностики и терапии. — Горький, 1984.
2. *Вогралик В. Г. и соавт.* // В кн.: Тезисы докладов и сообщений XIX Всесоюзного съезда терапевтов. — 1987.
3. *Кассиль Г. Н.* // Сов. женщина. — 1960. — № 7. — С. 85.
4. *Лопухин Ю. М., Арчаков А. И., Владимиров Ю. А., Коган Э. М.* // Холестериноз. — М., Медицина, 1983.
5. *Меринова И. В., Салмин А. А.* // Атеросклероз: вопросы патогенеза, диагностики и терапии. — Горький, 1984.
6. *Синицын В. Е., Мазуров А. В., Хашимов Х. А., Курданов Х. А.* // В кн.: Тезисы докладов IV Всесоюзного съезда кардиологов. — М., 1986.

Поступила 30.03.88.

УДК 618.3 06:616.831—006.6

ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ И ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ОПУХОЛЯХ МОЗГА

З. Ш. Гилязутдинова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Беременность у женщин с опухолями мозга чрезвычайно опасна, и материнская смертность составляет 24,3% [3]. В 75% случаев внутричерепные опухоли развиваются у женщин в репродуктивном возрасте и впервые могут дать знать о себе во время беременности. Это объясняется задержкой жидкости в организме у беременных [1]. Мы допускаем, что опухолевый рост во время беременности связан со значительными обменными, в частности, нейроэндокринными изменениями в организме у беременных; даже плацента как мощный гормональный орган может оказаться стимулятором роста опухоли.

К основным осложнениям беременности у больных с опухолями мозга относятся гестозы II половины беременности, особенно при локализации опухоли в лимбической области, угроза прерывания беременности в I половине, а также ранние гестозы, высокая частота преждевременных родов и перинатальной смертности [2, 3].

Браун и Диксон считают [1], что внезапное появление эпилептических судорог, генерализованных или очаговых, либо постоянной рвоты, если в анамнезе их не было, должно насторожить врача. Беременную следует направить на неврологическое обследование и ретиноскопию по поводу возможной опухоли мозга.

При выявлении опухоли во II половине беременности и отсутствии угрожающих симптомов некоторые авторы считают, что беременность может быть продолжена. Выполнение нейрохирургических операций целесообразно проводить до 27 нед беременности, так как нейрохирургическое вмешательство с применением управляемой гипотермии и гипотонии в последние месяцы беременности опасно для плода. Во II половине беременности радикальная операция или декомпрессия рекомендуется только при тяжелой клинике опухоли мозга.

Среди больных с нейроэндокринной патологией у 42 (4,2%) женщин нами выявлены

опухоли гипофиза с различным гормональным и функциональным воздействием на организм в зависимости от ее гистотипа (у 22 больных была пролактинома, у одной — кринофарингиома, у 4 — кортикотропная аденома, у 15 — гормонально неактивные опухоли). Из них 9 больных получали лучевую терапию, 14 — то же в сочетании с парлоделом, 15 — только парлодел, одна — хирургическое лечение; три женщины отказались от предложенного лечения. Из 39 леченных больных нормализация менструальной и репродуктивной функций наблюдалась у 33 женщин, у 4 роды были с благоприятным исходом.

На основании данных литературы и собственных наблюдений мы предлагаем следующую тактику ведения беременности и родов у больных с опухолями мозга.

1. При первой явке беременной в женскую консультацию врач должен тщательно ознакомиться с анамнезом, исключить у нее заболевания центральной нервной системы (в настоящем и прошлом). При наличии заболеваний обеспечить консультацию невропатолога для решения вопроса о возможности продолжения беременности.

При настойчивом желании больной сохранить беременность, особенно при сложной диагностике и неуточненной тяжести заболевания, необходима организация консилиума из компетентных врачей или госпитализация больной в специализированное акушерское или неврологическое отделение больницы.

2. При выявлении опухоли мозга, за исключением аденомы гипофиза, на сроках беременности до 12 нед необходимо ставить вопрос о прерывании беременности с последующим хирургическим лечением опухоли. До аборта следует проводить интенсивную дегидратационную терапию. При операции рекомендуется обезболивание (психотерапевтическое воздействие, парацервикальная анестезия с учетом спазмолитического воздействия новокаина на шейку матки, внутривенное введение сомбривина, кратковременный ингаляционный наркоз смесью закиси азота и кислорода). При назначении сокращающих матку средств необходимо исключить питуитрин, который может оказать нежелательный эффект в виде гидратации тканей. После прерывания беременности больная должна быть направлена в неврологический стационар.

3. При выявлении опухоли во II половине беременности вопрос о сохранении беременности следует решать индивидуально в зависимости от клинического течения опухоли.

4. При сохранении беременности нужно организовать диспансерное наблюдение за больной. В I половине беременности необходим осмотр невропатологом и акушером не реже одного раза в 10 дней, во II полови-

не — один раз в 2 нед. Больные с опухолями мозга должны находиться под постоянным наблюдением центральных (областных) или крупных районных больниц, а больные с опухолями гипофиза проходят обычные наблюдения в женской консультации с госпитализацией в акушерский стационар для профилактики прерывания беременности.

5. Беременным с опухолями мозга следует периодически проводить дегидратационную терапию в течение всей беременности особенно в родах. Данная терапия заключается в назначении маннитола, глицерина либо растворов глюкозы (30—50 мл 1—2 раза в день), 10% хлористого натрия (50 мл), 25% сульфата магния (100 мл) в виде клизм, фонурита, лазикса, фуросемида, новурита. Из этих средств в зависимости от состояния больной выбирают 2—3 препарата для комплексной дегидратации. Нежелательным является назначение сильнодействующих седативных и нейролептических средств, которые, с одной стороны, могут замаскировать клинику заболевания, а с другой — вызвать внутриутробную интоксикацию плода.

Кроме того, рекомендуется назначение комплекса индивидуальных лечебных мероприятий для обеспечения оптимальных условий для доношивания беременности и внутриутробного развития плода (витамин Е периодически по показаниям, туринал и др.). При выраженных функциональных нервных нарушениях необходимы психотерапевтическое воздействие, комплекс лечебной физкультуры, дополнительно — локальная гимнастика.

6. При аденоме гипофиза беременность может быть сохранена, за исключением случая базофильной аденомы (болезнь Иценко — Кушинга) в активной фазе проявления. При наступлении беременности у этих нелеченных больных ее течение осложняется значительным повышением АД и ухудшением общего состояния. Эндокринная несостоятельность и гипертензия приводят к несостоятельности фето-плацентарной системы и внутриутробной гипотрофии или к гибели плода. Серьезно осложниться может и состояние самой беременной, возможны кровоизлияния в жизненно важные органы.

Более благоприятно беременность и роды могут протекать у леченных больных или в стадии ремиссии. Тем не менее и в этой стадии заболевания, по литературным данным, часты угроза прерывания беременности, поздние гестозы, слабость родовой деятельности кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах и внутриутробная асфиксия плода.

Ввиду первичной эндокринной несостоятельности больных с аденомой гипофиза их следует госпитализировать в стационар с целью сохранения беременности в критические сроки ее пребывания для проведения профилактического комплексного лечения

(туринал, витамин Е, электроанальгезия и др.). Такие больные могут быть родоразрешены через естественные родовые пути. Для снятия психоэмоционального напряжения целесообразно обезболивание.

7. Беременным с любой локализацией опухоли мозга должна быть проведена профилактика гестозов II половины беременности. При появлении клиники гестоза беременных следует срочно госпитализировать. Лечение гестозов надо сочетать с терапией основного неврологического заболевания.

8. Нельзя допускать перенашивания беременности.

9. С целью повторного осмотра специалистами и составления плана ведения родов необходима госпитализация для родоразрешения за 2 нед до родов.

10. При ухудшении состояния больной на любом сроке беременности (резкое повышение внутричерепного давления, симптомы дислокации или сдавления и ущемления опухоли с клиническим проявлением расстройства дыхания и сердечной деятельности) рекомендуются срочная пункция боковых желудочков, удаление жидкости и одновременно прерывание беременности или родоразрешение операций кесарева сечения в зависимости от срока беременности. В дальнейшем показана неотложная операция. Выбор метода прерывания беременности зависит от срока беременности, жизнеспособности плода и состояния больной. После удаления доброкачественной опухоли головного мозга роды могут протекать самопроизвольно.

У больных с опухолями мозга роды могут осложняться их ускорением либо слабостью родовой деятельности в зависимости от локализации опухоли. Необходимо своевременно устанавливать диагноз и производить соответствующее лечение.

При быстрых родах следует замедлить родовой акт, уложить роженицу на бок, внутримышечно ввести 25% раствор сульфата магния (20 мл), рекомендовать глубокое дыхание при потугах. Обычно быстрые роды

наблюдаются при поражении лимбической части мозга, слабость родовой деятельности — при патологии в стволовой части мозга, коры и подкорковых образований.

Для стимуляции родов показан любой метод с исключением препаратов, повышающих АД. Нежелательно назначение эстрогенных препаратов, которые могут повысить давление и способствовать росту опухоли. При слабости родовой деятельности во II периоде родов эффективно наложение акушерских щипцов с целью предотвращения повышения внутрисерепного давления. При выраженной ликворной гипертензии целесообразно проведение родов в положении женщины полусидя [3] с обязательным исключением II периода родов. Во время родов необходимо продолжить назначение седативных средств, дегидратационную терапию и обязательно обезболивание родов.

При упорной слабости родовой деятельности родоразрешение осуществляется путем кесарева сечения под ингаляционным наркозом с управляемым дыханием, при этом целесообразны использование смеси закиси азота с кислородом и релаксантов (листенон, миорелаксин) или нейролептоанальгезия.

Послеродовой период у таких больных протекает обычно без осложнений, несколько облегчается состояние интракраниальной гипертензии. Во избежание роста опухоли рекомендуется исключение лактации. В последующем больные должны быть направлены в специализированное учреждение для решения вопроса о лечении основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Браун Дж., Диксон Г.//Аntenатальная охрана плода. Перев. с англ.— М., Медицина, 1982.
2. Полюковская И. Д.//В кн.: Психопрофилактика акушерства и гинекологии.— Киев, 1967.
3. Уоскин И. И.//Беременность и роды при органических заболеваниях центральной нервной системы.— М., Медицина, 1974.

Поступила 11.03.87.

УДК 616.831—005.8—07:1616.832.9—008.8 + 534.241

ЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МОЗГА С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ

А. А. Ашман

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии (зав.— проф. Л. Н. Нестеров)
Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова

В остром периоде инсульта среди доступных дополнительных методов наибольшей информативностью сохраняется за исследованием состава спинномозговой жидкости и результатами одномерной эхоэнцефалоско-

пии (ЭхоЭС) [7]. Некоторые авторы считают, что при отсутствии противопоказаний анализ спинномозговой жидкости необходимо производить у всех больных, а отказ от исследования следует рассматривать как